Ner 28. 13 lipca. 1867.

PRZEGLĄD LEKARSKI

WYDAWANY STARANIEM ODDZIAŁU NAUK PRZYRODNICZYCH I LEKARSKICH

C. K. TOWARZYSTWA NAUKOWEGO KRAKOWSKIEGO

pod redakcyą Profesorów Janikowskiego, Madurowicza, Majera, Skobla i Doktorów Oettingera, Rydla i Zieleniewskiego.

WYCHODZI:
tygodniowo w objętości jednego arkusza co Sobota,
w Krakowie, w Drukarni c. k. Uniwersyt. pod zarządem *K. Mańkowskiego.*
Biuro Redakcyi Przeglądu: w domu c. k. Towarzystwa Naukowego, Ulica Sławkowska, Nr. 282.

CENA:
w Krakowie rocznie . . . Zł. 6 — w. a.
„ półrocznie . . Zł. 3 — „
w Państwie Austryackiém
z przesyłką poczt. rocznie Zł. 6 c. 60 „
„ „ półrocz. Zł. 3 c. 30 „
Dla zagranicznych, drogą poczt. wypadnie dopłata przesyłki według przepisów poczt.

PRZEDPŁATĘ PRZYJMUJĄ:
Kancellarya c. k. Towarzystwa Nauk. w Krakowie, Ulica Sławkowska, Nr. 282
tudzież
Biuro Redakcyi Przeglądu w domu powyż. wymienionym, — oraz
wszystkie c. k. Urzędy pocztowe tak dla krajów koronnych jak i dla zagranicy.

Przyczynek do rzeczy o litotrypsyi

skreślił
dr. Molendziński
we Lwowie.

(Dokończenie.)

Badanie kamienia chemiczne wykazało obecność fosforanu wapniowego i magnezyowego oraz kwasu moczowego.

Nad przypadkiem tym wielce zajmującym pozwolę sobie niektóre uwagi poczynić.

Najprzód co do rozpoznania kamienia:

Jak wiadomo, przypady kamienia — będącego w męcherzu — podzielić można na pewne i niepewne.

Z pewnością wnosić można o obecności kamienia wtedy tylko, jeśli się słyszy uderzenie zgłębnika kruszcowego o kamienie, lub jeśli go czuć można, — jakkolwiek i w tym przypadku, lubo rzadko, można się omylić.

Do badania męcherza cewnikiem lekarz dopiero wtedy przystępuje, gdy już pierwéj zwróciły na siebie jego uwagę znaki niepewne, które znowu są częścią przedmiotowe, częścią podmiotowe; przy opisaniu jednak nie dadzą się w zupełności oddzielić. Często jest parcie na mocz i na stolec, zupełne zatrzymanie moczu, z moczem odchodzi wiele śluzu, często ropa, a nawet krew. Mocz jest ammoniakalny i prędko się rozkłada. Ból objawia się w rozmaitych miejscach; raz w miejscu, w którém kamień leży, wzmaga się przy oddawaniu stolca, ruchu ciała, lub ucisku; szczególnie jednak przy parciu na mocz, jeśli chory moczyć nie może, albo dopiero po moczu.

Z drugiéj strony bywają przypadki niesprawiające żadnych, lub bardzo małoznaczące dolegliwości. Wydarza się to przy kamieniach miękkich, lub otorbionych. Dalszym przypadem jest ciągłe pieczenie w żołędzi, a doświadczenie — ucząc, że znaczne rozszerzenie członka nadaje kamieniowi inne położenie i tym sposobem łagodzi ból — powoduje, zwłaszcza dzieci, do mocnego naciągania napletka. W skutek częstego parcia na stolec wydarza się, szczególnie u dzieci, opad odbytnicy *(prolapsus ani).* Chelius dotychczas u wszystkich swych chorych na kamień męcherza uważał stale ból rozciągający się od krzyżów na uda i aż do pięt sięgający, który często jest tak silny, że chorzy — przypisując takowy innéj przyczynie — zapominają o cierpieniach dróg moczowych.

Przypady te mogą jednak zależeć albo częściowo, albo wszystkie razem od nieżytu przewlekłego, wyrośli, żylaków *(varices)* męcherza, od powiększenia gruczołu przyprątnego itp.; dla tego nigdy nie należy opierać rozpoznania na objawach

niepewnych, lecz zaraz zgłębnikiem badać, gdyż ten jest najpewniejszym środkiem rozpoznawczym.

Zgłębnik do badania najlepszy jest ze stali, z krótkim, prawie pod kątem prostym zakrzywionym dziobem; kruszyciela można również używać z pomyślnym skutkiem w celu rozpoznawczym. Jednak i tutaj można się mylić, gdyż bardzo znakomici chirurgowie rozpoznawali kamień tam, gdzie go nie było. Cheselden trzy razy, Dupuytren dwa razy, Dieffenbach raz, Franc. Kern raz, a Roux nawet cztery razy wykonali cięcie kamienia, chociaż kamienia nie było. Czasem można przy każdorazowém badaniu natrafić na kamień, innym razem tylko w pewném położeniu chorego, gdy nakoniec, badając kilkakrotnie, nic znaleść nie można. W przypadkach takich trzeba użyć do badania rozmaicie zakrzywionych cewników, męcherz naprzemian wypróżniać i napełniać i chorego w rozmaitém położeniu badać.

Powody, dla których wynalezienie kamienia tak często z trudnościami jest połączone, są następujące: 1) powiększenie gruczołu przyprątnego, 2) twory gąbczaste w szyi męcherza (Coulson), 3) najczęściéj zaś szczególne położenie kamienia, a przedewszystkiém otorbienie.

Coulson utrzymuje, że u dzieci, lub u dorosłych, ale bardzo drażliwych kurczenie się męcherza zamyka kamień w jego fałdy zapchany; radzi dla tego użyć pierwiéj środków, które drażliwość męcherza złagodzą, a szczególniéj takowego nigdy w próżnym stanie nie badać.

Mogą inne jeszcze być powody, które utrudniają wynalezienie kamienia; ponieważ jednak rzadko się zdarzają, mogę je pominąć.

W przypadku wyżéj opisanym przy pierwszém badaniu męcherza próżnego nic nie znalazłem prócz powiększenia gruczołu przyprątnego; przy powtórném zaś, gdy męcherz wypełniłem wodą i chorego z podniesionemi krzyżami ułożyłem, badając kruszycielem, u którego — jak wiadomo — dziób jest krótki i mocno zakrzywiony, napotkałem z łatwością na kamień na tylnéj ścianie męcherza.

Kruszyciel, przechodząc przez szyję męcherza, był znacznie zaciśnięty. dziób jego zwracał się ku lewéj stronie; po przejściu przez szyję obracał się wolno: zwróciwszy dziób ku tyłowi, można było czuć kamień dokładnie Ściany męcherza były twarde. Że kamienia leżącego na tylnéj ścianie męcherza nie mogłem czuć przez kiszkę stolcową, tłumaczę sobie tém, że zbyt wysoko leżał, tak iż palec dosięgnąć go nie mógł.

Powtóre: Po oznaczeniu obecności kamienia jest rzeczą pożądaną oznaczyć jego wielkość i — jeżli można — jego skład chemiczny.

Co do pierwszego, z łatwością to uczyniłem za pomocą kruszyciela, gdyż za pierwszym razem uchwyciłem kamień w największéj jego średnicy (26 milimetrów); objętość więc jego była znaczna. Ze znanych mi sześciu przypadków skruszenia kamienia, które widziałem na klinice krakowskiéj, największy miał 18 mmt. średnicy.

Co do składu chemicznego, to nie mogłem go ściśle oznaczyć z badania samego moczu przed skruszeniem; przypuszczałem tylko, że w skład jego wchodzą fosforany potrójne.

Gdy oznaczyłem wielkość kamienia, chodziło mi o wybór sposobu operowania: czy skruszenie, czy cięcie kamienia przedsięwziąć należało.

Ponieważ jednak chory uprzedził mnie, że na postępowanie krwawe nie zezwoli, przystąpiłem do kruszenia i w dziewięciu posiedzeniach w zupełności skruszyłem i wyjąłem kamień, mając do zwalczenia jeszcze inne przeszkody i powikłania, jak obrzmienie jąder, znaczną drażliwość męcherza itp., które operacyą znacznie przedłużały, gdyż każde posiedzenie zaledwo 6—8 minut trwające trzeba było częściéj powtarzać.

Począwszy od drugiego posiedzenia, nie poprzestałem na samém kruszeniu, ale mniejsze kamyki skruszone wyjmowałem kruszycielem łyżkowatym. Tém postępowaniem czas leczenia znacznie się skraca; nie potrzeba bowiem czekać, aż każdy okruch z osobna skruszony i z moczem wydalony zostanie; z drugiéj zaś strony znaczna drażliwość męcherza w skutek powiększenia gruczołu przyprątnego może długiém leczeniem pomyślny wypadek litotrypsyi zniweczyć. Jakkolwiek można trudności w wydalaniu okruchów — pochodzące z powiększenia gruczołu przyprątnego — pokonać użyciem cewników dwururkowych (Civiale), albo przez dłuższe pozostawienie cewnika w męcherzu (Segalas), to jednak pomyślny skutek tego postępowania jest więcéj przypadkowym; doświadczenie bowiem uczy, że bezpośrednie wyjmowanie

okruchów po dokładném skruszeniu o wiele jest łatwiejsze i tém więcéj się zaleca, ile że na dobrowolne wydalenie się tychże z pewnością liczyć nie można (Bryk). Dowodem tego są kamyki, które, dostawszy się z nerek do męcherza, przy prawidłowém ściąganiu się męcherza, którego ściany są stosunkowo zdrowe, rzadko bywają wydalone na zewnątrz, tylko najczęściéj pozostają i dają powód do zwiększenia się kamienia.

Dla tego też nie można za prawidło przyjąć i polecać sposobu postępowania w ogóle przyjętego, który zakazuje wyszukiwania okruchów w męcherzu i dozwala jedynie oczekiwać biernie wydalenia ich z moczem, gdyż połączony jest nawet z niebezpieczeństwami, które muszą wyniknąć z powtórnych działań litotryptycznych przy tém postępowaniu nieuniknionych. Zadrażnienie męcherza oraz sąsiednich narządów zwiększy się i w najpomyślniejszym przypadku ukończenie operacyi niezmiernie się odwlecze (Bryk).

Z drugiéj strony zarzucają postępowaniu temu, że cewka moczowa przez wyjmowanie okruchów kruszycielem zamkniętym ulegnie ugnieceniu, lub rozdarciu z następnym krwotokiem, albo — co gorsza — utworzyć się mogą nacieki moczowe, ropnie, owrzodzenia w sąsiedztwie cewki moczowéj.

Jakkolwiek słuszne są z jednéj strony obawy, to jednak przy należytéj oględności uniknąć można wszystkich tych wymienionych niepomyślnych przypadów. Że przejście przez cewkę moczową narzędzia wypróżniającego, okruchami napełnionego, pewien stopień ugniecenia błony śluzowéj cewki, a w skutek tego rozdarcie wierzchnich naczyń włosowatych zrządzić musi, tego nie można zaprzeczyć; ale krwotok przy tém jest tak nieznaczny, że przy spokojném zachowaniu się chorego i zastosowaniu zimna na śródkrocze wkrótce ustaje.

Dwa miejsca są przy tém postępowaniu najwięcéj na niebezpieczeństwo wystawione: szyja męcherza i zewnętrzne ujście cewki moczowéj. Pierwsza może być niepoślednio ugnieciona, jeśli równocześnie jest obrzmiały gruczoł przyprątny; ostatnie, jeśli jest szersze, niż być powinno w stosunku do światła *(lumen)* cewki; przezorne wyjęcie napełnionego narzędzia ochrania od rozdarcia szyi męcherza; gdy się zaś dojdzie do zewnętrznego ujścia cewki, zesunięcie żołędzi ułatwia wyjście narzędzia. Co do obawy nacieków moczowych spowodowanych wyjmowaniem okruchów, to takowa podług dotychczasowych doświadczeń jest płonna; przeciwnie, niebezpieczeństwo przy zachowaniu stosownych ostrożności zmniejsza się, gdyż przez szybkie stosunkowo uwolnienie męcherza od okruchów usuwa się możność uwięzgnienia kamyków w cewce moczowéj i tym sposobem zapobiega się następowemu owrzodzeniu i przeropieniu jéj ścian.

Wyjmowanie więc okruchów po skruszeniu kamienia zaleca się nietylko w przypadkach prostych, ale nawet w przypadkach powikłanych z powiększeniem gruczołu przyprątnego i pochodzącém od tego zwężeniem cewki, brakiem kurczliwości, jako też z porażeniem męcherza.

W każdym razie leczenie tym sposobem bywa znacznie skrócone, a w przypadkach powikłanych zapobiega się wszystkim tym niekorzyściom, które w skutek często po sobie następujących posiedzeń kruszenia następować zwykły, jakoto: utrudnienie w wychodzeniu okruchów z moczem, uwięzgnienie ich w cewce moczowéj itp.

Ten sposób postępowania nie jest wcale nowy; już A. Cooper, B. Brodie, Civiale i inni wyjmowali okruchy z męcherza po skruszeniu kamienia.

Okruchy w cewce moczowéj zaklinowane wyjmowałem zawsze z łatwością łyżeczką po obydwu końcach wyżłobioną *(scoop)*, nie potrzebując nigdy uciekać się do narzędzi więcéj złożonych i, o ile z mego doświadczenia opartego na tym przypadku i innych — które widziałem — wnosić mogę, narzędzie to zupełnie swemu przeznaczeniu odpowiada, a będąc nadzwyczaj prostém, szczególniéj się zaleca.

Po każdéj operacyi wypuściłem mocz cewnikiem dwururkowym i wystrzykałem następnie męcherz letnią wodą, aby skrzepy krwi i okruchy kamieni łatwiéj wydalić. Z początku, gdy drażliwość męcherza była znaczna, wstrzykiwałem do męcherza rozczyn kwasu garbnikowego, dodając wyciągu makowca *(tannini* dr. duas, *aquae destill.* libram, *extr. opii* grana decem); jednak makowiec w tym przypadku nie odpowiadał memu oczekiwaniu. Poprzestałem dla tego na zadawaniu wewnętrznie

morfiny po $^1/_3$ grana trzy razy dziennie, a prócz tego przy wielkiém parciu na mocz i stolec czopki z masła kakaowego z dodatkiem morfiny wkładałem do odbytnicy, po użyciu których przypady te znacznie się zmniejszały.

Przez cały czas leczenia wstrzykiwałem czysty roczyn tanniny do męcherza dla zmniejszenia nieżytu, który przed operacyą już był znaczny, a podczas operacyi jeszcze zwiększyć się musiał.

Po drugiém posiedzeniu operowany miał dreszcze, tętno potém przyspieszone, ciepłotę podwyższoną; jestto zwykły przypad po téj operacyi, który ma wiele podobieństwa do zimnicy *(febris intermittens)*; najczęściéj bywa tylko jeden napad zimniczny, czasem jednak może się wytworzyć gorączka ciągła. Między innemi napad taki może być znakiem przepowiadającym zapalenie męcherza, lub jąder, jak właśnie w tym przypadku było, gdyż nazajutrz po minionych dreszczach jądro lewe zaczęło obrzmiewać. Nauczony doświadczeniem na klinice chirurgicznéj w Krakowie, że chinina przy objawach gorączkowych po litotrypsyi nadzwyczaj świetne skutki sprawia, dawałem chininę w roczynie 10 ziarn dziennie po każdorazowéj operacyi przez kilka dni następnych, dopóki nie ustąpiły wszystkie przypady zadraźnienia.

Przez cały czas leczenia pił chory wody alkaliczne obfitujące w wolny kwas węglowy, ażeby przez częste moczenie ułatwić wydalenie kamyków i mocz ammoniakalny roztworzyć.

Cierpienia nerwów tamujących

podług drów Eulenburga i Landois wobec teoryi profesora Piotrowskiego

(Wiener med. Wchschr. 1866, Nr. 33—37, 49)

podał dr. Sérkowski,

asystent przy klinice lek. w Krakowie.

(Ciąg dalszy.)

Wszystkie tak zwane nerwice przyrządu tamującego w sercu *(Hemmungsneurosen des Herzens)*, które pp. E. i L. wyliczają i z wpływu tamującego nerwu błędnego na ruchy serca wyprowadzają, lepiéj jeszcze tłumaczy teorya P.

I tak: jako najczystsza i najprostsza nerwica opisany był przypadek, w którym serce bić przestawało w skutek draźnienia nerwu błędnego przez obrzęk szyjny. Według teoryi P. nie byłoto nic innego, jak tężec mięśni podłużnych serca, który nie dozwalał, by włókna koliste wzięły przewagę nad podłużnemi, czyli, by serce z przedskurczu przeszło w skurcz. Z tężca podobnego tłumaczą się powyżéj wymienione stany chorobowe, objęte nazwą ogólną dusznicy *(angina pectoris)*.

Czy pień nerwu błędnego bywa zadraźniony, czy rdzeń przedłużony (jak to bywa przy otruciach, przy wstrząśnieniu mózgu itp.), czy gałązki obwodowe w sercu lub naczyniach rozpostarte (przy dusznicy), skutek bywa ten sam: ruchy serca wolnieją, bo napięcie włókien podłużnych stawia skurczowi serca pewien opór; w wyższym zaś stopniu zadraźnienia serce w przedskurczu bić przestaje, gdyż oporu tego nie mogą pokonać włókna koliste.

Podobnie tłumaczyć się daje zwolnienie tętna przy zapaleniu opon mózgowych. Zapalenie to nie może przeminąć bez współudziału sąsiednich włókien mózgowych i rdzeniowych; rdzeń przedłużony zadraźniony tamuje ruchy serca w sposób dopieroco opisany.

W sposób równie przystępny i prosty tłumaczy teorya P. nerwice nerwu błędnego, które nazwaliśmy odruchowemi. Doświadczenie Goltza nabywa przez tę teoryą jeszcze wyraźniejszego piętna odruchów, niż mu je nadał Goltz, a za nim pp. E. i L., gdyż poprostu wrażenie przez nerwy czulne trzew brzusznych w skutek uderzenia otrzymane przenosi się za pośrednictwem rdzenia przedłużonego na nerw czysto ruchowy, jakim dla pana P. jest nerw błędny.

W owych więc przypadkach, w których śmierć nastąpiła nagle po uderzeniu w brzuch, w moszna, lub zaraz po kateteryzacyi, bez zmian anatomicznych, tłumaczyć ją będziemy zadraźnieniem odruchowém rdzenia przedłużonego, które wywołało tężec włókien podłużnych serca czyli przedskurcz przeciągły, gwałtowne zawieszenie obiegu krwi, ztąd krzepnienie krwi i śmierć.

To samo tyczy się zwolnienia tętna przy kardialgiach, przy przedziurawieniu żołądka, lub jelit, przy zapaleniu otrzewny, wgłobieniach, ołowicy itp.

Nawet lepiéj tłumaczy nam teorya P. spostrzeżenia kliniczne w tych stanach chorobowych. Te bowiem uczą, że przy przedziurawieniach, wgłobieniach, uwięzgnięciach itp. zazwyczaj tętno jest nader nikłe, ale nie zawsze zwolnione; owszem często jest drobne i przyspieszone. Zależeć to może od stopnia zadraźnienia odruchowego rdzenia przedłużonego: jeśli ten jest wyższy, nastaje tężec mięśni podłużnych i zwolnienie tętna; jeśli zadraźnienie jest słabe, to kurcz mięśni podłużnych nie dozwala sercu kurczyć się należycie, — dla tego ruchy są słabe, ale częste.

Do tego działu należy też może owo zwolnienie ruchów sercowych i oddechowych, które tak często znajdujemy u osób zakażonych pierwiastkiem zimniczym. Zboczenia w śledzionie działają może w sposób odruchu na rdzeń przedłużony. Nie inaczéj działa zapewne naparstnica na zwolnienie ruchów serca, tylko przez zadraźnienie rdzenia przedłużonego. Przy użyciu naparstnicy w choro-

bach sercowych doświadczamy, że tętno nietylko wolnieje, ale zarazem z drobnego, nitkowatego staje się pełniejszém; większa więc ilość dostaje się naraz do układu tętniczego. Zapewne nie inaczéj się to dzieje, tylko przez wzniecenie silniejszego przedskurczu.

Ale jeśli przypuszczamy nerwice tężcowe nerwu błędnego, przypuścić téż musimy, że istnieje stan przeciwny, tj. porażenie *(paralysis)*, a częściéj jeszcze nadrażenie *(paresis)* tego nerwu. Objawy tego stanu muszą być podobne do tych, które wywołuje przecięcie n. błędnego, tj. ruchy serca muszą być słabe, szybkie, bo przedskurcz nie może przyjść do skutku, mała ilość krwi dostaje się do serca, a wynagradza to częstsze jego bicie.

Rozpatrzmy się w symptomatologii, czy nie znajdziemy tam stanu podobnego.

Owszem bardzo często znachodzimy podobny stan w wielu cierpieniach przewłocznych, którym towarzyszy gorączka tak zwana niedomożna (asteniczna), tudzież w niektórych ostrych, lecz przewlekających się, np. w drugim okresie durzycy, częstokroć przed zgonem itd. W takich przypadkach tętno bywa drobne, zaledwo namacalne, lecz szybkie; ruchy serca częste, lecz nikłe; tony słabe. Łatwo przypuścić można, że powodem takiéj gorączki niedomożnéj jest nadrażenie *(paresis)* nerwu błędnego przez złe odżywianie rdzenia przedłużonego wywołane. Brak przedskurczu powoduje wtedy zastoiny żylne w przeróżnych organach. Byłyby to nerwice n. błędnego z cechą porażenia.

Wiele przypadków śmierci przez lekarzy — szczególniéj sądowych — opisywanych pod ogólnym płaszczykiem śmierci neuroparalitycznéj możeby się odnieść do porażenia nerwu błędnego.

Jako ważne i teoryą P. mocno popierające uważam poszukiwania dra Kiena (które znalazłem w nrze 85 „Wiener mediz. Wochenschrift“ 1866). Wynika z nich, że wszystkie naczynia zależą od nerwów dwojakiego rodzaju: od zwojowych, które zaopatrują włókna poprzeczne warsty mięsnéj naczyń, i rdzeniowych, które zaopatrują jéj włókna podłużne. Nerwy więc zwojowe pośredniczą zwężeniu naczyń, zmniejszają ich średnicę czyli światło *(lumen)*, podobnie jak zmniejszają pojemność serca, wywołując skurcz; nerwy zaś rdzeniowe pośredniczą rozszerzeniu naczyń, zwiększają ich średnicę, podobnie jak nerw błędny (który także uważać można za rdzeniowy) pośredniczy rozszerzeniu serca, wywołując przedskurcz.

Rozszerzeniem naczyń nerkowych w skutek zadrażnienia nerwów naczyniowych rdzeniowych tłumaczy dr. Kien moczówkę prostą *(diabetes insipidus)*, a zadrażnieniem równoczesném ośrodków dla nerwów naczyniowych nerek i wątroby, na dnie komórki czwartéj obok siebie położonych, moczówkę cukrową *(diabetes mellitus)*.

Moczówkę zatém, którą większa część kliników uważa za cierpienie nerwowe, Kien bliżéj określa o tyle, iż według téj teoryi byłaby to nerwica nerwów naczynioruchowych rdzeniowych, wywołana przez zadrażnienie (zawsze jeszcze nieznane) ich ośrodka.

Gdy więc dane anatomiczne, tudzież doświadczenia fizyologiczne i patologiczne zdają się potwierdzać tę teoryą, a przystępność jéj dla pojęcia każdego, tudzież uogólnienie, jakie ztąd wynika w prawach fizyologicznych, zapowiada jéj trwalsze panowanie, niż poprzedniczkom, — przedwczesném zdaje się być zwycięztwo, które E. i L. tak szumnie przyznają teoryi tamowania.

Po tym rozbiorze nerwic nerwu błędnego powracam do rozprawki pp. E. i L., z któréj nerwice innych nerwów tak zwanych tamujących w krótkości tylko przebiegnę, gdyż mają one jeszcze mniéj pewną podstawę fizyologiczną, niż nerwice nerwu błędnego. *(Dok. n.)*

WYCIĄGI Z PISM LEKARSKICH.

Dr. Cohn: Krótkowidzenie między dziećmi szkolnemi i stosunek tegoż do ławek i oświetlenia izb szkolnych.

(Dokończenie.)

Czém prace wymienionych dotąd autorów są pod względem wpływu szkoły na powstawanie wykrzywień stosu kręgowego, tém jest praca dra Cohna pod względem krótkowidzenia. Zadaje on sobie najprzód pytanie: „Czy szkoła jest w ogólności przyczyną krótkowidzenia i jakie przedewszystkiém okoliczności téjże sprzyjają powstawaniu krótkowidzenia?“ *

Odpowiedź na to pytanie znalazł dr. C. w szkołach Wrocławia i jego okolicy, badając takowe pod względem oświetlenia izb i urządzenia ławek, a dzieci do nich uczęszczające pod względem budowy oka (refrakcyi). Z porównania wymienionych okoliczności tych szkół ze stosunkiem, w jakim między dziećmi znalazł krótkowidzów, wyprowadza dr. C. dotyczące wnioski. Wypadek był taki, że na 7568 uczniów było 683, a więc 9 pct. krótkowidzów, nie licząc krótkowidzenia niższego od $^1/_{36}$, tudzież tych dzieci, których ojciec lub matka byli krótkowidzami.

---

*) Że długotrwałe i częściéj się ponawiające stosowanie oczu do małych odległości w młodocianym wieku ma wpływ na powstawanie i wzmaganie się krótkowidzenia, jest rzeczą znaną już od dawna, a dowodzi jéj ta okoliczność, iż krótkowidzenie częstszém jest u narodów wyształconych, aniżeli u dzikich; w wyższych warstwach społeczeństwa, aniżeli u gminu; u mieszkańców miast, aniżeli u wieśniaków. Furnari podaje, że między Kabylami wcale niema krótkowidzów, a Donders w podróżach swoich po Europie nigdzie nie napotkał tylu krótkowidzów, jak w Niemczech. Ware znalazł na 127 uczniów w Oxfordzie 37, którzy nosili szkła wklęsłe, a na 10.000 żołnierzy trzech pułków gwardyi przybocznéj ani jednego; lekarze wojskowi zapewniali go zaś, że z rekrutów, stawiających się do uzupełnienia owych trzech pułków, w ciągu lat 20 zaledwie 12 nie zdało się z powodu krótkowidzenia. Dochodzenia urzędowe w Badeńskiém

Następujące wnioski, do których doprowadziły poszukiwania dra C., zasługują na uwagę nietylko lekarzy, ale także rodziców, opiekunów, a przedewszystkiém nauczycieli i przełożonych szkół.

1) W szkołach wiejskich bardzo mało jest krótkowidzów, niemal 10 razy mniéj, aniżeli w miejskich.

2) W szkołach początkowych (elementarnych) miejskich jest liczba krótkowidzów niemal 5 razy większą, aniżeli w takichże szkołach wiejskich.

3) Nie we wszystkich szkołach wiejskich, lub miejskich napotykamy tę samę ilość krótkowidzów; w wiejskich stanowią oni 0.8 do 3.2 pct., w miejskich 1.8 do 15.1 pct.

4) Liczba krótkowidzów wzmaga się z liczbą lat szkolnych, lecz nie zawsze w stałym stosunku.

5) Niestosowne ławki sprzyjają bardzo powstawaniu krótkowidzenia.

6) Oświetlenie izb szkolnych ma stanowczy wpływ. Porównanie 5 szkółek początkowych wiejskich z 17 początkowemi miejskiemi dostarczyło niezbity dowód, że im ciemniejsze izby szkolne, tém więcéj jest krótkowidzów między dziećmi. W dobrze oświetlonych szkółkach wiejskich stanowili krótkowidze 1 do 2 pct., w ciemniejszych $3^1/_2$ pct.; w miejskich szkółkach początkowych, położonych w miejscach otwartych, 2 pct., w ciasnych uliczkach 8 do 15 pct. *(Deutsche Klinik 1866.)* *R.*

Meningitis cerebrospinalis epidemica podług Hirscha, Berlin 1866, podał J. R.

(Ciąg dalszy.)

Przypady i przebieg choroby. Podział choroby na okresy ze względu na jéj przebieg, przypady i postać dr. H. uważa za niestosowny; podział bowiem taki — według niego — może raczéj rzecz zaciemnić, aniżeli ją rozjaśnić.

Za pierwowzór choroby w większéj połowie przypadków przyjąć można podług niego następujący opis.

Ból głowy, pociągające bóle w części jéj potylicznéj i kończynach, ogólne osłabienie, zawrót, nudności, wreszcie często powtarzające się dreszcze — są zwiastunami niemocy i odpowiadają okresowi znanemu pod nazwą przedwstępnego *(st. prodromorum)*.

Zwiastuny trwają od kilku (2—3) do kilkunastu (12—24) godzin, rzadko kilka (2—8) dni z rzędu; cechujące przypady, saméj sprawie chorobowéj właściwe, występują po nich nagle; niekiedy przypadów zwiastunowych nie postrzegano. Jak w jednym, tak i w drugim przypadku początek nagminnego zapalenia opon mózgordzeniowych cechuje się nadzwyczaj silnym dreszczem, strasznym bólem głowy i gwałtownemi wymiotami. Wejrzenie chorego zdradza niemałe cierpienie; twarz zwykle blada, albo sina, rzadko okryta chorobliwym rumieńcem; niepokój w całém ciele zmusza chorego do nieustannych ruchów. Tętno w tym okresie prawidłowe, rzadko przyspieszone, rzadziéj jeszcze pełne i silne. Ciepłota albo podniesiona, albo zniżona. — W kilka godzin potém wstawiają się pociągające bóle w potylicznéj części głowy, rozchodzące się na plecy, krzyże i kończyny; bóle te przechodzą w tężcowe kurcze karku, do których już po upływie doby albo wcześniéj dołącza się *opisthotonus*, *trismus*, albo tężcowe lub drgawkowe kurcze kończyn, jak górnych, tak i dolnych.

Kiedy podane wyżéj zjawiska dosięgną pewnéj siły, a czasem jednocześnie z ich wystąpieniem, chory ulega omamom zmysłów *(hallucinationes)*; te zaś ostatnie przechodzą w cichy obłąd (bredzenie), po którym następuje zupełna utrata przytomności połączona z sennością urastającą w końcu do wysokości śpiączki *(coma)*. Z rozwojem choroby tętno przyspiesza się i drobnieje, ciepłota ciała podnosi się, występuje w kilku na raz miejscach nadczułość skóry *(hyperaesthesis)*, a jednocześnie z nią rozmaite osutki, najczęściéj zaś *herpes labialis*.

Przy niepomyślném rozwiązaniu rzeczonéj sprawy chorobowéj przypady podniecenia układu nerwowego ustępują miejsca zjawiskom bezwładu; zamiast bredzenia następuje śpiączka, zamiast niespokojnego rzucania się drgawki przerywane w mięśniach kończyn; zatkanie stolca ustępuje miejsca bezwiednym, płynnym wypróżnieniom; przytém mocz zaczyna bezwiednie odchodzić. Nadzwyczaj przyspieszone tętno, nagłe podniesienie ciepłoty i ogólny bezwład niekiedy zamykają przebieg choroby, kończącéj się zgonem; w przypadkach jednak przewlekłych występują przed śmiercią zjawiska durzycowe, albo wreszcie chory w skutek ogólnego wyniszczenia umiera.

Przy pomyślném rozwiązaniu choroby przypady ucisku mózgowego nigdy nie bywają bardzo silne; senności zbyt rozwiniętéj i nader przyspieszonego tętna nie postrzegano tu wcale. Powrót do zdrowia ciągnie się długo, zjawiska chorobowe ustępują powolnie, stopniowo, braknie im cech przełomowych.

Wyniszczenie stanowi zwyczajne następstwo niemocy.

---

wykazały na 2172 uczniów tak zwanych szkół uczonych 382 krótkowidzów, a więc 1 : 5.5; zaś na 930 uczniów wyższych szkół miejskich *(höhere Bürgerschulen)* tylko 46, a więc prawie 1 : 20. Szokalski znalazł na 807 uczniów gimnazyum *Charlemagne* w Paryżu 89 krótkowidzów, a więc 1 : 9; na 107 uczniów w *Collège Louis le Grand* 25, a więc 1 : 7. Wielce pouczające są spostrzeżenia Szokalskiego, wykazujące, jak między uczniami wzmaga się liczba krótkowidzów w miarę lat nauki; znalazł on

w	2	klasie	1	krótkowidza na	21	uczniów
„	3	„	1	„	31	„
„	4	„	1	„	21	„
„	5	„	1	„	14	„
„	6	„	1	„	11	„
„	7	„	1	„	8	„
„	8	„	1	„	9	„
„	9	„	1	„	2	„

(Przypisek sprawozdawcy „Przegl. lek.")

Niektóre z przypadów tak stale występują, że można im przypisać znaczenie znamionujące; większa połowa wyżéj poszczególnionych dość często się zjawia, inne nakoniec występują tylko w pewnych epidemiach.

Do rzędu znamionujących (patognomonicznych) zaliczyć wypada: ziębienie rozmaitego natężenia i dreszcze niekiedy wstrząsają chorym tak silnie, że z trudnością uleżeć może na łóżku; przechodzą prędko, albo trwają 1—2 godzin, występują raz, albo w przestankach—peryodycznie; co dało nawet powód do przypuszczenia, że zapalenie opon mózgordzeniowych nagminne jest następstwem zaduchu bagnistego *(malaria)*. Po ziębnieniu następuje podwyższenie ciepłoty ciała i nagły upadek sił *(collapsus virium)*.

Ból głowy, jeden z najważniejszych, najstalszych i najwydatniejszych objawów, trwa w ciągu całéj choroby, a niekiedy i w okresie wyzdrowiewienia ma miejsce. Cechą tego bólu jest jednostajność, rzadko bywa naprzemian to słabszy, to mocniejszy, jeszcze rzadziéj peryodyczny; w początku bywa ograniczony, lecz z powiększeniem choroby całą obejmuje głowę.

Wymioty często już w okresie przedwstępnym występują, niekiedy wcale niepoprzedzane nudnościami; rzadziéj bywają nudności bez wymiotów. Wymioty zwykle powtarzają się kilkakrotnie w ciągu pierwszych 24 -48 godzin, potém ustają zupełnie; pojawienie się powtórne wymiotów w późnym okresie choroby dowodzi, że sprawa rzeczona przeistoczyła się zupełnie i miejsce jéj zajęło wodogłowie ostre *(hydrocephalus acutus*, Ziemssen).

Ból w stosie kręgowym, najprzód i najczęściéj w kręgach szyjowych (kark i część potyliczna głowy), rzadko w samych jeno sadowi się krzyżach. Powiększa się ból rzeczony przy poruszaniu głową albo tułowiem, także przy wykonywaniu ucisku na kręgi z przodu, albo z boku. Trwa w ciągu choroby stale, rzadko z przerwami, ustępuje wprzódy od bólu głowy. W związku z nim zostają bóle w kończynach, niektórych częściach kadłuba i nadczułość skórna; pierwsze występują rzadziéj od bólu stosu kręgowego *(rachialgia)* (podług Tourdes w $^1/_3$ wszystkich postrzeganych przypadków), bywają albo stałe, albo przerywane peryodyczne. Niekiedy wywołać je można uciskiem na wyrostki ciernisté stosu kręgowego. Nadczułość skóry bywa częsta i tak silna, że chory nie znosi najlżejszego ucisku, np. opukiwania, lub macania; w wyjątkowych zdarzeniach ucisk wywołuje odruchowe drgawki; nadczułość zjawia się w dniu 1—3 niemocy.

Kurcze tężcowe okolicy podpotylicznéj (karku) w lekkim stopniu już na 2 lub 3 dzień postrzegane być mogą; często przechodzą na tułów, stanowiąc *opisthotonus*, albo *orthotonus*, rzadziéj *pleurosthotonus;* niekiedy jest utrudniony oddech i przełykanie, nadto szczękościsk, tężcowe kurcze kończyn górnych i mm. twarzowych.

Wszystkie te zjawiska w dziedzinie nerwów ruchu zwyczajnie idą w parze z przypadami w nerwach czucia złożonemi *(rachialgia)*.

Senność wielka zjawia się w ostatnich godzinach choroby: w początkowych znamionuje gwałtowny przebieg i smutne zejście *(meningitis siderans, méningite foudroyante)*. *(C. d. n.)*

ROZMAITOŚCI.

Posiedzenie piętnaste Towarzystwa lek. krak. z dnia 4 czerwca 1867.

Prezes kol. Al. Kremer. — Obecnych członków 21.

I. Kolega Rydel **przedstawienie choréj operowanéj z powodu zaćmy za pomocą najnowszej przez Graefego podanéj odmiany wydobywania liniowego** poprzedził wykładem o tym sposobie operowania, który w krótkości streszczamy.

Wspomniawszy najprzód o znacznych postępach okulistyki z ostatnich lat kilkunastu, wymienił jako najnowszą ważniejszą na tém polu zdobycz udoskonalenie sposobu operowania katarakty. Reklinacyą, wykonywaną powszechnie jeszcze przed kilką dziesiątkami lat w celu usuwania zaćmy twardéj, wyrugowało wydobywanie płatowe. I słusznie, gdyż zestawienie statystyczne np. 409 przypadków operowanych za pomocą reklinacyi przez Fryd i Edw. Jägera, Arlta i Riveau-Landrau wykazuje, że z téj liczby nie odzyskało wzroku 97 ócz (tj. 1 na 4), podczas gdy z 3455 ócz operowanych przez tych samych lekarzy za pomocą wydobywania płatowego tylko 282 oczy (tj. 1 na 12) nie zostały uleczone. Lecz i na tych świetnych wypadkach wydobywania płatowego nie poprzestano. Z jednéj strony dla usunięcia niebezpieczeństw, któremi grozi płatowa postać rany, usiłowano zastąpić ją cięciem liniowém; z drugiéj zaś strony starali się inni zmniejszyć tylko niebezpieczeństwa wydobywania płatowego przez irydektomią (Graefe 1859, Mooren 1862, Jacobson 1863). Wydobywanie liniowe, którém się Fryd. Jäger posługiwał w celu usuwania soczewki zaćmionéj i znacznie zeszczuplałéj, chciał Desmarres (1859 r.) wprowadzić jako zwykły sposób operowania katarakty twardéj, lecz nie zdołał go upowszechnić, głównie z powodu, że nie wycinał przytém tęczówki. Równocześnie z Desmarrem Graefe rozszerzył pierwotne wskazania Jägerowskiego cięcia liniowego, stosując je do wydobywania zaćmy całkiem miękkiéj, lub tylko z małém sprężystém jądrem, przyczém zawsze wycinał kawałek tęczówki, a soczewkę wydobywał łyżeczką szerszą i ostrzejszą, lecz płytszą od zwyczajnéj tak zwanéj Daviela. Waldau (Schuft) 1860 r. chciał za pomocą rany liniowéj większéj i łyżeczek przez się podanych wydobywać po uprzedniéj irydektomii i twarde nawet zaćmy osób wiekowych, zamierzając usunąć tym sposobem wydobywanie płatowe: zbyt niekorzystne wypadki tego sposobu, spowodowane głównie niestosowną postacią łyżeczek, prze-

szkodziły upowszechnieniu się tego pomysłu. Critchett i Bowman podjęli jednak tę myśl, a zmieniwszy niewiele cięcie, lecz tém stosowniéj łyżeczkę, przedstawili na zjeździe okulistów w Heidelbergu r. 1864 wypadki korzystne operowania tą metodą, albowiem tracili tylko 8 pct. oczu operowanych. *(Dok. nast.)*

Rada miejska tutejsza na posiedzeniu z dnia 5 lipca rb. w ustawie „o **nadzorze nad szpitalami krakowskiemi**“ uchwaliła na wniosek radzcy dra Oettingera, aby w radzie ogólnéj szpitalów tutejszych zasiadał członek wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, wybrany przez grono profesorów tegoż wydziału.

Ogłoszenia o lekach tak zwanych specyficznych.

(Dokończenie. Zob. nr. 26.)

Przypomnimy tu zresztą, że w roku przeszłym magistrat miasta Wiednia energicznie wystąpił przeciw tym reklamom, gdy c. k. namiestnictwo Niższéj Austryi reskryptem wys. ministerstwa stanu z dnia 10 marca 1866 r. L. 4084 upoważnione zostało do przedsięwzięcia stosownych środków, a mianowicie „w ten sposób, aby ogłoszenia o ważnych środkach lekarskich całkiem były wzbronione; przy ogłoszeniach zaś mniéj ważnych środków lekarskich, również środków dyetetycznych lub kosmetycznych, jakoteż wód lekarskich i przygotowywanych z nich pastylek, aby bezwarunkowo opuszczano wyliczenie chorób, w których okazują się skutecznemi.“ — Każdy więc przekonać się może, iż nasze żądania są daleko skromniejsze.

Do środków mniéj skutecznych należałoby zamieszczanie po pismach nielekarskich — przestróg popularnych o rzeczonych lekach, a w pismach lekarskich ogłaszanie składu i sposobu przygotowywania owych specyfików francuzkich, angielskich itp., które u nas tak przepłacają, a które daleko mniejszym kosztem i równie skuteczne można wyrabiać w naszych aptekach. (Porównaj w tym względzie: Sprawozdanie komitetu, wyznaczonego dla zbadania leków zagranicznych t. zw. specyficznych, czytane na posiedzeniu Tow. lek. warsz. z dnia 3 maja 1864 przez mag. frm. Wincentego Karpińskiego, w „Pamiętniku Tow. lek. warsz.“ 1864, t. LII, str. 252—260.)

Wystawa międzynarodowa.

Z liczby 38 wielkich nagród, rozdanych w dniu 1 lipca rb. na powszechnéj wystawie paryzkiéj, pięć bezpośrednio dotyczy nauki i sztuki lekarskiéj, a mianowicie: 1) Mathieu otrzymał wielki medal za narzędzia chirurgiczne (Francya); 2) Brunetti za wyroby anatomiczne (Włochy); 3) Triaux za odkryte rośliny lekarskie (Nowa Grenada); 4) Komitet genewski, założyciel pomocy międzynarodowéj dla rannych żołnierzy, za dokumenta, statuta i przyrządy (Szwajcarya); 5) Komisya zdrowia Stanów Zjednocz. za przyrządy, które służyły w wojnie r. 1861 i następ. (Ameryka półn.) Prócz tego pośrednio obchodzą jednę z najważniejszych gałęzi praktycznych medycyny, tj. higienę publiczną, następujące cztery wielkie nagrody: 6) Cesarz Francuzów za domy dla robotników (Francya); 7) Viguier za przyrząd, upraszczający sygnały na drodze żelaznéj; 8) Towarzystwo ang. ratunku tonących za organizacyą ratunku i stworzenie narzędzi (Anglia); 9) Siemens za piece gazem ogrzewane (Anglia).

Wyrabianie gazu oświetlającego z trupów.

Niechże kto powie, że wiek dziewiętnasty nie jest wiekiem przemysłu, że nie stoi na wysokości postępu materyalnego!... Projektują wyrabianie gazu oświetlającego z trupów, a w Indyach już projekt ten urzeczywistniono, korzystając ze zwyczaju palenia ciał po śmierci. Jedno ciało daje 25 metrów sześciennych gazu; a że metr kosztuje 25 centimów, trup więc miernéj wielkości ceni się do 9 franków.

(G. hebdomad. nr. 7, 1867.) *J. R.*

Nekrologia.

Dnia 3 lipca rb. zmarł w Krakowie dr. med. Ignacy Greliński w 84 roku życia; początkowo — za czasów księstwa warszawskiego — był urzędnikiem w administracyi wojskowéj.

Świat naukowy lekarski poniósł w tych czasach dotkliwe straty. I tak: w Niemczech zmarł w 39 roku życia prof. Otto Weber w Heidelbergu, autor znakomitego dzieła o chirurgicznych chorobach tkanek; we Francyi: Blanchet, wielce zasłużony pod względem nauczania głuchoniemych; Civiale, wynalazca litotrypsyi; Follin i Jobert (de Lamballe), obaj zasłużeni na polu chirurgii; wreszcie Trousseau, głośny lekarz i nauczyciel.

Na cholerę zachorowało w Warszawie od pierwszego jéj pojawienia się w tym roku, tj. od dnia 2 do 18 czerwca rb. osób 173, z których umarło 53. — Na Szlązku pruskim pojawiła się taż choroba w Gliwicach (mieście o kilka mil od granicy Galicyi i Królestwa Polskiego).

Wiadomość bibliograficzna.

Abhandlungen aus dem Gebiete der Chirurgie und Operationslehre von Dr. Franz Schuh. Nach des Verfassers Tode gesammelt. Mit einer lithograph. Tafel. Wien, 1867.

Korespondencya redakcyi.

Wny dr. M. we Lwowie. — Życzeniu Pańskiemu co do odbitek nie możemy już uczynić zadość; albowiem czcionki pierwszéj połowy artykułu już są rozebrane, a rękopism otrzymaliśmy bez żadnego zastrzeżenia.

Sprostowanie. W nrze 27 „Przeglądu lekarskiego“ str. 210, przedz. 1, w. 15 od d., ma być lewego jądra, i daléj na téjże stronie zamiast przyjądrze ma być jądro. Tamże w. 8 od d. ma być *fossa navicularis.* — Str. 212, przedz. 1, w. 23 i 24 od d., ma być przedskurczem. — Str. 313, przedz. 2, w. 4 od d., ma być Heyderdahl.